

Fragebogen Allgemein

Bereich: MVZ Waldkraiburg

erstellt am 08.12.2025 von I. Guttman



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

herzlich willkommen in unserer Praxis. Um das folgende Gespräch gut nutzen zu können und möglichst viele wichtige Informationen über ihre Beschwerden, ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihre Lebensumstände zu erhalten, bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen. Die Angaben werden ebenso wie das Gespräch streng vertraulich behandelt.

Name _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse (benötigt für Terminerinnerungen): _____

Hausarzt/Adresse: _____

Wünschen Sie, dass ihr Hausarzt/überweisender Arzt einen Bericht von uns erhält? _____

Familienstand: _____

Kinder? _____ **Anzahl:** _____ **Alter:** _____

Wohnsituation:

Ausbildung und Berufliche Situation:

Welche Beschwerden führen Sie zu uns und welche Auswirkungen haben diese auf ihren privaten und beruflichen Alltag? Notieren Sie bitte in Stichworten.

Welche seelischen und körperlichen Erkrankungen sind bei ihnen bekannt?

Hatten Sie schwere Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte? Wann?

Gibt es CT oder MRT Befunde vom Gehirn?

Letztes Labor:

Letztes EKG:

gab es Auffälligkeiten?

wenn ja, welche?

Wie viel rauchen Sie?

Wie viel Alkohol trinken Sie?

Nehmen Sie andere Drogen?

Haben Sie Allergien?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Haben Sie bereits früher Psychopharmaka eingenommen?

Wie war die Wirkung und Verträglichkeit?

Sind oder waren Sie in einer ambulanten Psychotherapie?

ggf. seit wann und bei wem?

Haben Sie eine anerkannte Schwerbehinderung? Welcher Grad?

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?

Herzlichen Dank für ihre Bemühungen.

Dr. med. Aleksandra Arsenovic

Kenntnisnahme zum Annahmeverzug

Das MVZ der Kliniken des Landkreises Mühldorf a. Inn möchte Ihnen schnell und professionell zur Verfügung stehen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass Patientinnen und Patienten, die dringend einen Termin benötigen, keinen bekommen können, da unsere Sprechstunden überfüllt sind. Umso ärgerlicher ist es, dass belegte Termine **ohne Absage** nicht wahrgenommen werden.

Um Ihnen den bestmöglichen Service bieten zu können, müssen wir dem Einhalt gebieten. Jetzt hat uns das Gericht in folgendem Urteil (Landgericht Berlin vom 15.04.2005, AZ: 55 S 310/04 gemäß § 293 ff. BGB – gesetzliche Regelungen zum Annahmeverzug) ein Werkzeug an die Hand gegeben, um dagegen vorzugehen.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

Können vereinbarte Termine nicht eingehalten werden, müssen diese mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls wird Ihnen – **unabhängig von der Begründung des kurzfristigen Ausfalls** – gemäß § 293 ff. BGB eine Ausfallpauschale je nach Terminlänge privat in Rechnung gestellt:

- 50,00 €
- 100,00 € bei gastroenterologischen Untersuchungen

Hinweis: Bei Fällen höherer Gewalt (z. B. plötzliche schwere Erkrankung, Unfall, Naturkatastrophen) **wird selbstverständlich keine Ausfallpauschale berechnet.** Bitte informieren Sie uns in solchen Fällen schnellstmöglich.

Diese Regelung gilt für alle vereinbarten, aber nicht wahrgenommenen Termine ohne rechtzeitige Absage.

Bitte beachten Sie auch: **Sollte eine zweite Rechnung aufgrund eines weiteren nicht abgesagten Termins erfolgen müssen, behalten wir uns vor, künftig keine weiteren Termine mehr mit Ihnen zu vereinbaren.**

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese Vereinbarungen an und erklären sich damit einverstanden.

Datum

Unterschrift

Bitte Wenden!

Bei Bedarf von allen Patienten auszufüllen!

Freiwillige Datenübermittlung an weitere Ärzte

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a DS-GVO)

Ich, _ _ _ _ _ [Vorname, Name des Patienten],

geboren am: _ _ _ _ _ [Geburtsdatum],

wohnhaft in: _ _ _ _ _ [Anschrift]

bin damit einverstanden, dass die Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die unten angegebenen Ärzte zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Kontaktdaten der Ärzte (Name und Anschrift)

1) _____

2) _____

3) _____

Ich bin damit einverstanden, namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen zu werden.

Ja ☐ Nein ☐

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per E-Mail erhalte.

Ja ☐ Nein ☐

Die Einwilligung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)